

Patienten Lungenerkrankungen auftreten, welche sich klinisch in Husten, Seitenstechen, Kurzatmigkeit, Knisterrasseln, leichter Dämpfung, verschärftem Atemgeräusch und Schattenherden im Röntgenogramm zu erkennen geben. Die wenigen bis jetzt vorliegenden Autopsiebefunde ergaben das Bild einer Lungenfibrose mit Hyperämie und Infiltration der Lunge, Anschoppung der Alveolen, Vermehrung des Bindegewebes. Die experimentelle Grundlage für diese Röntgenshädigung fehlte bis heute. Verfasser haben seit 1½ Jahren im Tierexperiment (Kaninchen) die Lungen bestrahlt und konnten darnach folgende pathologisch-anatomische Befunde erheben:

1. Fast bei allen Tieren wird eine auffallende Mediasklerose der Lungenarterien beobachtet, die stellenweise so hochgradig ist, daß das Gefäßlumen fast ganz verschwindet.

2. Die Epithelien der Bronchien zeigen in mehreren Fällen deutliche Wucherungserscheinungen: a) im Sinne von sproßbildenden soliden Natur, b) im Sinne von infiltrierend ins Lungengewebe wuchernden Komplexen, die ein karzinomähnliches Verhalten zeigen.

3. Die Alveolarepithelien sind stark desquamiert, stellenweise zeigen sie aber ebenfalls Wucherungserscheinungen.

4. Todesursache ist bei allen untersuchten Tieren eine schwerste eitrige Bronchiolitis und Bronchitis mit frischeren und älteren bronchopneumonischen Herden, zum Teil karnifizierenden pneumonischen Bezirken. (Autoreferat.)

Diskussion:

Iselin fragt an, ob die angewandten Röntgendosen den beim Menschen üblichen Dosen entsprechend waren. Er erkundigt sich nach eventuellen Hautveränderungen.

Lüdin: Die Dosierung war geringer als sie beim Menschen üblich ist. Es wurde versucht, sie in einem annehmbaren Verhältnis zur humanen Röntgenbestrahlung zu halten. An Hautveränderungen fanden sich Haarausfall und Hyperkeratose, dagegen keine Ulzerationen.

Iselin: a) Mitteilungen aus Chirurgie, Orthopädie und Unfallmedizin.

b) Beiträge zur Orthopädie der Bauchorgane.

c) Beiträge zur Aetiologie der tabischen Arthropathien.

(Der Vortrag wird an anderer Stelle veröffentlicht werden.)

Die Diskussion wird nicht benützt.

3. Ordentliche Sitzung vom 20. Februar 1930,

im Hörsaal der chirurgischen Klinik.

Vorsitzender: Vizepräsident Dr. C. F. Meyer. — Aktuar: Dr. Heusser.

R. Massini: Klinisches über Scharlach.

(Erschienen in der Schweiz. med. Wochenschrift.)

Diskussion:

Berger (Hygien. Institut): Zu den von Herrn Prof. *Massini* gezogenen Schlüssen, in welchen er die Streptokokken-Aetiologie des Scharlachs ablehnt, möchte ich mir erlauben einige Befunde wiederzugeben, welche mir für das zur Diskussion stehende Problem nicht unwichtig zu sein scheinen.

In der Literatur sind Berichte über eine Reihe von Laboratoriumsinfektionen niedergelegt, welche durch Aspiration oder durch unbeabsichtigte Hautverletzung und Einverleibung von Scharlach-Streptokokken zu Stande gekommen sind. *Park*, *Friedemann* und *Madsen* haben solche Fälle mitgeteilt; besonders interessant dürften die erst vor kurzem bekannt gewordenen Impfinfektionen sein, welche sich im Warschauer Pasteur-Institut ereignet haben. Dort wurden im Jahre 1901 43 Personen einer Schutzimpfung gegen Tollwut unterzogen. Von den Impfungen erkrankten drei an einem typischen Scharlach, während sich bei allen andern Personen an der Injektionsstelle eine Phlegmone entwickelte, die von einem lokalen Scharlach-Exanthem begleitet war. Die Nachprüfung ergab, daß das für die Impfung verwandte Rückenmark Streptokokken in Reinkultur enthielt und daß die Kaninchen, welche das Virus fixe für die Tollwutimpfung geliefert hatten, zuvor mit Scharlach-Streptokokken gespritzt waren. Für die Aetiologie der Streptokokken scheint mir auch die Tatsache zu sprechen, daß das Auslöschphänomen nur mit einem Anti-Scharlach-Streptokokkenserum gelingt. Anti-Streptokokkenserum, die durch Injektionen von Streptokokken anderer Provenienz gewonnen sind, besitzen nicht das Vermögen, das Scharlach-Exanthem auszulösen. Beobachtungen, welche wohl nur im Sinne einer Spezifität des Auslöschphänomens und damit auch der Spezifität der Scharlach-Streptokokken gedeutet werden können. Auch die künstliche Uebertragung des Scharlachs durch Einverleibung von Scharlach-Streptokokken oder deren Filtraten dürfte für die Streptokokken-Aetiologie sprechen, umso mehr, wenn man berücksichtigt, daß die künstlichen Scharlach-Exantheme durch Einspritzung von Scharlachrekonvaleszenten-Serum ausgelöst werden können.

So wie die Dinge jetzt liegen, besitzt die Annahme, daß Streptokokken die Erreger des Scharlach sind, in Anbetracht einer ganzen Reihe von klinischen und experimentellen Befunden einen hohen Grad von Wahrscheinlichkeit. Damit will ich nicht in Abrede stellen, daß es in der Lehre der Streptokokken-Aetiologie des Scharlachs noch schwache Punkte gibt, welche erst geklärt werden müssen. (Autoreferat.)

Massini: Schlußwort.

4. Ordentliche Sitzung vom 6. März 1930,

im Frauenspital.

Vorsitzender: Präsident Dr. Meervein. — Aktuar: Dr. Heusser.

Labhardt: 1. Ueber Myomtherapie. (Der Vortrag erschien in etwas erweiterter Form in der Schweiz. med. Wochenschrift.)

2. Die Zondek-Aschheim'sche Schwangerschaftsreaktion.

Zum Verständnis der neuen Schwangerschaftsreaktion geht man am besten von der Wirkung der Implantation von Ovarialsubstanz oder von der Injektion von Ovarialhormon auf die infantile Maus aus. *Long*, *Allen* und *Doisy* zeigten, *Zondek* und *Aschheim* bestätigten, daß so behandelte Mäuse brünstig werden: ihr Uterus wird groß, sekretreich; die obersten Zellen der Scheide verhörnen und werden als Schollen ins Scheidenlumen abgestoßen (Brunstreaktion). An den Ovarien treten jedoch keine Veränderungen auf. Bei ihren weiteren Versuchen fanden *Zondek* und *Aschheim*, daß das Inkret des Hypophysen-Vorderlappens den Motor für die Ovarialfunktion bildet; seine Injektion bei infantilen Mäusen ruft 3 Reaktionen am Ovarium hervor:

I. Follikelreifung, Ovulation, Brunstauslösung.

II. Blutpunkte am Ovarium (Massenblutungen in die Follikel).

III. Luteinisierung der Theka- und Granulosazellen und Bildung von Corpora lutea atretica.

Es zeigte sich, daß im Blutserum und auch im Harn der Schwangeren Ovarial- und Hypophysen-Vorderlappen-Hormon reichlich vorhanden sind. Das Ovarialhormon ist aber nicht für Schwangerschaft charakteristisch; wohl aber die Reaktionen II. und III. des Hypophysenvorderlappenhormones.

Injiziert man einer infantilen Maus den Harn einer Graviden, so wird das Tier innerhalb weniger Tage geschlechtsreif; seine Ovarien zeigen die Blutpunkte, die Luteinisierung der Follikel, kurzum die Tätigkeit der Ovarien; diese wiederum macht sich an den Erfolgsorganen, Uterus und Scheide geltend, indem hier die Brunstreaktion eintritt.

Die Zondek'sche Reaktion wurde an der Basler Frauenklinik bisher 75 Mal nachgeprüft und sie hat im positiven und im negativen Sinne immer gestimmt (*Aschheim* verzeichnet 2% Versager). Auch bei Extrauterinitäten leistete die Methode gute Dienste. Jedoch ist zu bemerken, daß nach dem Absterben des Eies die Reaktion innert 2—3 Tagen verschwindet, wie sie auch bei Wöchnerinnen innert der ersten 8 Tage zurückgeht.

Es ist noch zu bemerken, daß neuerdings *Philipp* als Bildungsstätte des spezifischen Reaktions-Körpers nicht die Hypophyse, sondern das Chorion ansieht; weitere Versuche werden darüber zu entscheiden haben. Immerhin besitzen wir in der Zondek-Aschheim'schen Reaktion eine sehr wertvolle Bereicherung unserer diagnostischen Mittel der Schwangerschaft überhaupt und besonders der Frühschwangerschaft, denn die Reaktion ist schon in der 5.—6. Woche maßgebend. (Autoreferat.)

3. Demonstrationen.

Tubargravidität. 28-jährige II.-Para. Letzte Menses: Anfangs November, seither unregelmäßige Blutabgänge; Pat. wird mit der Diagnose „menstrueller Abort“ Mitte Dezember eingewiesen. Uterus klein, das linke Ovar groß und empfindlich. Zondek +. Nach 10 Tagen: Zondek? Bei der Untersuchung ist immer wieder das linke Ovar empfindlich. Operation: kleine Auftreibung der l. Tube mit dem Ovar verwachsen; abgestorbene Tubargravidität.

Ovarialkarzinom. Vor 10 Jahren war bei dem damals 10-jährigen Mädchen mit frühzeitiger Genitalentwicklung (Menstruation, tiefe Stimme, Pubes) ein 3 kg schwerer Tumor des r. Ovariums entfernt worden. Mikroskopisch: Kystadenoma multiloc. partim. spl., partim papilliferum, carc.? 10 Jahre gesund und normal menstruiert. Jetzt rasches Wachstum eines fast ebenso großen Tumors des l. Ovarium. Mikroskopisch: Karzinom (z. Z. keine nachweisbaren Metastasen).

Kystadenoma papilliferum ovarii utriusque. 28-jährige 0-Para. Menses in Typus und Zyklus normal. Leib 92 cm. Bei der Laparotomie fanden sich 2 kopfgroße Tumoren, breit miteinander verwachsen. Warzige Bildungen auf dem Peritoneum des kleinen Beckens. Alles benign.

Choriangioma placentae. 29-jährige II.-Para. Normale Geburt, reifes Kind. Auf der kindl. Fläche der Placenta ein fast faustgroßer Tumor; besteht mikroskopisch aus Gefäßen und embryonalem Stützgewebe. Eine über dem Tumor verlaufende Vene war thrombosiert und hatte zu hämorrhagischer Infarzierung des Geschwulstgewebes geführt.

Myoma uteri. 40-jährige II.-Para. Zunehmende Hypermenorrhoe mit Zunahme des Leibes, besonders in der prägraviden Phase. Amputatio uteri supravaginalis. Tumor: 7 Pfund. Vergrößerung der blutenden Oberfläche um das 8—10-fache.

Traubenförmiges Kystadenom. 49-jährige 0-Para. Normale starke Menstruation. Bemerkte zufällig eine Geschwulst im Unterleib. Kopfgroßer Tumor mit zahlreichen, bis nußgroßen traubenförmig anhängenden Zysten. Benign.

Carc. ovarii utriusque (primär). 54-jährige 0-Para. Beidseitige kindskopfgroße Tumoren mit zahlreichen Peritonealmetastasen. Im freien Netzrande eine Serie von rosenkranzartig angeordneten bis eigroßen Metastasen. (Autoreferat.)

Diskussion:

a) Zum Thema Myomtherapie:

Burckhardt-Socin: Der Standpunkt des Referenten ist unbedingt anzunehmen, sobald beide Verfahren (Operation und Röntgentherapie) zur Verfügung stehen. Die Resultate der operativen Myomtherapie sind weitgehend von der operativen Technik und der Nachbehandlung abhängig. Das Anlegen von Blutegeln in Fällen von Thrombose und Embolie ist wohl zu empfehlen.

Achilles Müller fragt, ob das Bestehen eines Myoms schon an und für sich als Indikation zur Operation zu gelten habe, auch wenn weitere Erscheinungen fehlen.

Labhardt: Blutegel werden seit längerer Zeit angewandt. Es hat den Anschein, daß sie nicht nur therapeutisch, sondern auch prophylaktisch gut wirken.

Zur Frage von Müller ist zu berichten, daß die Indikation zur Operation beim Bestehen eines Myoms ohne weiteres gegeben ist, weil die Chancen einer Operation mit 0,3% Mortalität viel besser sind, als die Möglichkeit einer Komplikation, wie Sarkom, Torsion, usw.

b) Zum Thema Schwangerschaftsdiagnose:

Demole: hat ca. 30 Zondek'sche Reaktionen im pharmakologischen Laboratorium der Firma F. Hoffmann-La Roche & Co. für die Frauenklinik Zürich durchgeführt. Alle diese Diagnosen stimmten mit den klinischen Befunden überein. Auch wurde auf einen positiven Befund operiert und eine extrauterine Schwangerschaft festgestellt. Außer der Zondek'schen Reaktion sind noch zwei Schwangerschaftsreaktionen beschrieben worden:

1. Von *Brouha* und *Simonnet*, die die Anwesenheit von Hypophysenhormon im Schwangerschleim feststellen konnten (durch Hypertrophie der Samenblasen männlicher unreifer Mäuse).

2. Von *Aron*, der die Anwesenheit des Hypophysenhormons ebenfalls im Harn der Schwangeren durch Hypertrophie der Schilddrüse am Moerschweinch nachweisen konnte. Es entstehen in der Thyreoida merkwürdige basedowsche histologische Bilder.

Diese Befunde beweisen, daß das sogenannte Schwangerschleim kein spezifisch weibliches Hormon ist. Dies weder in seiner Herkunft, noch in seinen Wirkungen, da es wie bekannt nicht nur aus der männlichen Hypophyse, sondern auch aus der Plazenta isoliert werden konnte und nicht nur auf die weiblichen Organe, sondern auch auf die männlichen wirkt.

Stachelin erkundigt sich, was man für einen Beweis habe, daß das beschriebene Hormon wirklich Hypophysenvorderlappenhormon sei.

Labhardt weist darauf hin, daß die gleichen Veränderungen der Hypophyse, wie sie bei der Gravidität eintreten, auch gesehen werden, wenn Hypophysen überpflanzt werden. Allerdings bestehen auch Arbeiten in der Literatur, die eine gegenteilige Ansicht äußern. Die Frage ist also noch nicht endgültig zu entscheiden.

Knapp erkundigt sich, ob bei einer Patientin mit Hypophysentumor die sistierte Menstruation durch Hypophysenpräparate wieder angeregt werden kann.

Labhardt: Die Hypophysenpräparate sind in ihrer Wirkung noch nicht vollständig bekannt, doch spricht der Umstand, daß bei einer Patientin mit Akromegalie und Dystrophie das Vorderlappenhormon im Blut gefehlt habe, für die Möglichkeit, durch Hypophysenpräparate die Menstruation wieder anzuregen.

Stachelin: Die Angabe, daß bei Akromegalie das Vorderlappenhormon fehle ist skeptisch aufzunehmen.

c) Zum Thema Demonstration:

Burckhardt-Socin fragt, ob wohl bei Ovarialtumoren von Jugendlichen eine bessere Prognose zu erreichen sei, wenn in solchen Fällen von vorneherein beide Ovarien entfernt werden.

Labhardt: Im gegebenen Fall wird man sich kaum entschließen können, ein gesundes Ovarium zu opfern.

Eingabe der Schweiz. Gynäkolog. Gesellschaft betr. Verbot der Scheidenuntersuchung durch Hebammen.

Das Rundschreiben der Schweiz. Gyn. Ges. wird verlesen.

Labhardt empfiehlt der Gesellschaft Zustimmung zu dem Postulat der „Schweiz. gyn. Gesellschaft“, indem durch das Verbot der vaginalen Untersuchung seitens der Hebamme ein nicht unwichtiger Faktor in der Entstehung puerperaler Infektionsfälle ausgeschaltet wird. Tatsächlich vermag die Hebamme durch genaue Beobachtung des Geburtsverlaufes, durch die äußere Untersuchung event. unter Zuhilfenahme der rektalen Untersuchung alle Abnormitäten zu diagnostizieren, die die Herbeirufung des Arztes erheischen. Die Hebammenschülerinnen werden wie an anderen Hebammenschulen so auch in Basel lediglich nur in der rektalen Untersuchung eingeübt. Die Resultate sind fast durchweg gute.

Hunziker: In einem Wiederholungskurs für Hebammen wurden die Schülerinnen entsprechend instruiert, doch wurden in der Praxis die vom Gesundheitsamt zur Verfügung gestellten Gummihandschuhe nur selten verlangt. Es scheint also, daß ein Fakultativum nichts nützt, sodaß ein striktes Verbot angezeigt ist.

Labhardt: Nachdem die Medizinische Gesellschaft beschlossen hat, dem Postulat der „Schweiz. gynäk. Gesellschaft“ zuzustimmen, macht *Labhardt* noch auf die dem Rundschreiben der „Schweiz. gynäk. Gesellschaft“ beiliegende Tabelle aufmerksam; es sind hier für das Jahr fünf 1921—1925 die puerperalen Todesfälle in den einzelnen Kantonen angegeben, wobei Basel mit 27 Sterbefällen = 2,85‰ an drittschlechtesten Stelle dasteht, in den ersten zwei Jahrzehnten des Jahrhunderts figuriert Basel mit 0,8 resp. 0,9‰ puerperaler Sterblichkeit an bester Stelle. Die 27 Todesfälle konnten nicht aufgefunden werden; vielmehr zeigte sich, daß von der Wohnbevölkerung Basels im genannten Jahr fünf nur 4 Frauen an Puerperalfieber gestorben waren, die anderen (es waren nur 7 Frauen) waren von auswärts infiziert hereingebracht worden.

5. Ordentliche Sitzung vom 24. April 1930.

im Hörsaal der chirurgischen Klinik.

Vorsitzender: Präsident Dr. *Meerwein*. — Aktuar: Dr. *Schüler*.

1. *Knapp:* Behandlung der Netzhautablösung nach Gonin.

Diskussion:

Doerr erkundigt sich nach Versuchen über Netzhautablösung bei Kaninchen.

Knapp: Solche Versuche sind angestellt worden, die Resultate waren aber wenig verwertbar.

Wölflin: Die Schwierigkeit, die Rißstelle an der Retina zu finden erschwert die Operation. Noch größer ist die Schwierigkeit, wenn über-

haupt kein Netzhautriß nachzuweisen ist. Vielleicht kommt es gar nicht darauf an, die Rißstelle selbst zu verschorfen, sondern das Prinzip beruht vielleicht nur auf einer Fixation der Retina an der Chorioidea überhaupt. Ein Vergleich der operativen Resultate bei Fällen mit und ohne Nachweis der Rißstelle könnte weitere Sicherheit geben.

Knapp: Bei Ablatio ohne nachgewiesenen Riß wäre die Ignipunktur vorzunehmen, eine Ansicht, die auch in der Literatur empfohlen wird.

Knapp: Tuberkulosegesetz und praktischer Arzt. (Erscheint ausführlich in der Schweiz. med. Wochenschrift.)

Diskussion:

Hunziker: Die Amtsärzte haben sich nicht mit der Therapie der Tuberkulose, sondern mit ihrer nicht therapeutischen Seite zu befassen, somit, Wohnung, Fürsorge, Beschäftigung der Kranken, Ausmusterung zu Ferienkolonien. Die Bekämpfung der Tuberkulose hat, wie die Bekämpfung jeder andern Infektionskrankheit, bei der sich die Amtsärzte als unentbehrlich erwiesen haben, mit Hilfe amtlicher Stellen zu erfolgen. Der Amtsarzt will nicht gegen oder neben, sondern mit dem Hausarzt zusammen arbeiten.

Massini: Solange manifeste Bazillenträger frei zirkulieren dürfen und die Geldmittel nicht unbeschränkt sind, sollte man zuerst die manifesten und ansteckenden Tuberkulösen ungefährlich machen, bevor man nach „möglicherweise Tuberkulösen“ fahndet. Da mit einer Röntgenuntersuchung nicht viel zu erreichen ist, sollte das Röntgenverfahren so weit verbilligt werden, daß beim gleichen Patienten häufige Untersuchungen vorgenommen werden können. Bis dahin kann der Hausarzt durch Kenntnis der Familie der Tuberkulösen die gefährdete Umgebung des Kranken wohl besser sichten, als der Amtsarzt.

Hunziker: Es handelt sich nicht um „möglicherweise Tuberkulöse“, sondern sehr oft wird man bereits erkrankte und richtig ansteckende Fälle aufdecken können. Die Infektionsquelle ist nicht immer in der Familie zu suchen, sondern oft in einer Kollektivität, die dem Hausarzt entgehen kann.

Lotz: Auch beim Tuberkulosegesetz wird es auf die Handhabung ankommen, ob es zum Segen oder zum Fluche wird. Welche Fälle sollen angezeigt werden? Die Resultate der Tuberkulosebekämpfung werden umso besser sein, je riguroser die Meldepflicht gehandhabt wird.

Hunziker: Eine event. Meinungsäußerung der praktischen Aerzte zur Vollzugsordnung des Tuberkulosegesetzes muß rasch geschehen, da die definitive Formulierung drängt. Es ist wohl möglich, in die Entwürfe der Verordnung Einsicht zu nehmen.

Doerr: Das Gesetz ist nicht ideal, indem vor allem eine eindeutige Definition des Objektes: der Tuberkulose fehlt. Die theoretischen Grundlagen über die Infektion der Tuberkulose sind noch nicht über jede Diskussion erhaben. Das Gesetz ist immerhin das Resultat einer ersten und langen Arbeit und es empfiehlt sich auf jeden Fall etwas zu tun, auch wenn es nicht vollkommen ist.

6. Ordentliche Sitzung vom 8. Mai 1930, im Hörsaal des Frauenspitals.

Vorsitzender: Präsident Dr. *Meerwein*. — Aktuar: Dr. *Heusser*.

Bader: Aus der Geschichte der Augenheilkunde im 18. und 19. Jahrhundert mit Berücksichtigung der Schweiz. (Mit Lichtbildern.)

Diskussion:

Wölflin: Demonstration von Bildern aus einem Atlas der Augenheilkunde, der aus den Jahren 1730—35 stammt.

Hallauer: Taylor hat sich s. Zt. um den Titel „Augenarzt Friedrichs des Großen“ beworben. Er hat denselben erhalten, aber anscheinend keine entsprechende Beschäftigung. (Fortsetzung folgt.)

Comptes rendus des Conférences ayant eu lieu au Montana Palace du 25 au 30 Août 1930.

Médecin Directeur: Dr. *O. M. Mistal*.

Chirurgien Directeur: Dr. *C. A. de Huyssen*.

Un Congrès d'initiative privée, organisé par les Docteurs *C. A. de Huyssen*, Chirurgien Directeur et *O. M. Mistal*, Médecin Directeur du Palace Sanatorium, eut lieu au Montana Palace le 25 août 1930 et réunit ainsi plus de 100 médecins spécialistes venus de Belgique, d'Espagne, de France, d'Italie, d'Allemagne et de Suisse.

Les nombreuses Conférences journalières, faites par les médecins du Palace ainsi que par des maîtres très connus des pays étrangers, donnèrent à ce congrès officieux une tournure presque officielle, tant par la nature des sujets que par la maîtrise avec laquelle ils furent traités. L'après midi de belles excursions au St. Bernard, Simplon, Val d'Anniviers etc. permirent aux Congressistes de visiter les différentes contrées du Valais par un temps splendide.

O. M. Mistal, Médecin Directeur: Conceptions actuelles du traitement de la tuberculose pulmonaire au Sanatorium d'altitude. (Remarques diagnostiques.) (Autoreféré.)

L'influence de l'altitude sur les états physiologiques et pathologiques du poumon est exposée après avoir donné les caractéristiques du climat de Montana une des stations les plus ensoleillées de la Suisse. (1540 m.) L'auteur rapporte les différentes méthodes de diagnostic et de thérapeutique en usage au Sanatorium et préconise l'association du traitement hygiéno-diététique à l'altitude au traitement chirurgical. (Pneumothorax simple et bilatéral, sections d'adhérences, phrénicectomie, thoracoplastie, plombages etc.)